

NHÂN 2 TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN LÁCH TRONG VỠ LÁCH CHẤN THƯƠNG

Phan Văn Bé, Lê Cao Sang
Khoa Ngoại tổng hợp – Bệnh viện ĐKTT An Giang

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lách là tạng đặc trong ổ bụng bị tổn thương nhiều nhất, nhiều hơn gan và thận. Trước đây điều trị vỡ lách chủ yếu là phẫu thuật cắt lách, một thủ thuật duy nhất, triệt để và an toàn.

Ngày nay vai trò miễn dịch của lách đã được chứng minh trên thực nghiệm và trên người, từ đó các tác giả trên thế giới thống nhất phải bảo tồn nhu mô lách là một yêu cầu quan trọng.

Hơn nữa, với sự phát triển của siêu âm và CT. Scanner cho chúng ta đánh giá được mức độ tổn thương của lách và lượng dịch trong ổ bụng.

II. BỆNH ÁN

Bệnh án 1 :

Bệnh nhân nam, 18 tuổi , Số hồ sơ : 10570

Địa chỉ : Đông thành 6, Mỹ Phước, Tp Long xuyên

Vào viện : 03/03/2006 , Ra viện : 13/03/2006

Lý do vào viện : bị đã thương

Bệnh sử : Bệnh nhân bị đã thương vào ngực và bụng, được người nhà đưa vào viện.

Tình trạng lúc vào viện: Bình tĩnh, da niêm hồng nhạt, than đau bụng vùng HS(T)

Bụng mềm. Án chấn HS(T) đau nhẹ.

Dấu hiệu sinh tồn: M: (78 - 92 L/p) ; HA: (≥ 100 - 120/70 mmHg)

Xét nghiệm: HC: (3.900.000 - 4.600.000) , Hct: (31,5% - 36,9%)

Siêu âm: Dịch tự do ổ bụng lượng vừa (Morison: 7mm, HC(P): 4mm)

Cực trên Lách có Echo hồ hợp 32 x 34cm

CT Scanner ổ bụng: Dập vỡ Lách cực dưới, độ III

- Chọc dò ổ bụng : không
- Truyền máu : không

Δ : Dập vỡ Lách/CTBK do đã thương

- Điều trị bảo tồn :
 - Dịch truyền
 - Kháng sinh
 - Thuốc cầm máu
 - Nghỉ ngơi tại giường
- Bệnh nhân ổn định
- Xuất viện N10



Bệnh án 2 :

Bệnh nhân Nam, 19tuổi , Số hồ sơ : 17022

Địa chỉ : Thới Thuận, Thốt nốt, Cần Thơ

Vào viện : 09/04/2006 ; Ra viện : 17/04/2006

Lý do vào viện : bị đã thương

Bệnh sử : Bệnh nhân bị đã thương vào ngực và bụng, được người nhà đưa vào viện.

Bình tĩnh, da niêm hồng nhạt, than đau bụng vùng HS(T)

Bụng mềm. Án chấn HS(T) đau nhẹ.

Dấu hiệu sinh tồn: M: (78 - 92 L/p) ; HA: (≥ 100 - 110/70 mmHg)

Xét nghiệm: HC: (3.900.000 - 4.600.000 mm³) ; Hct: (33,2% - 40%)

Siêu âm: Dịch tự do ổ bụng – Douglas (ít), giữa các quai ruột (có)

CT Scanner: Dập lách độ III

Chọc dò ổ bụng: có máu không đông

Δ: Dập vỡ Lách/CTBK do ngã thương

- Điều trị bảo tồn :
 - Truyền máu : 2 đơn vị
 - Dịch truyền
 - Kháng sinh
 - Thuốc cầm máu
 - Nghỉ ngơi tại giường
- Bệnh nhân ổn định
- Xuất viện N7



Tiêu chuẩn đánh giá trên siêu âm:

Hệ thống điểm dịch trên siêu âm của Huang và CS điểm ≥ 3 - *mở thám sát*

Vùng quan sát	Dịch ổ bụng	Điểm
Túi Morison	Không	0
	Ít	1
	Nhiều	2
Ngách lách – thận	Không	0
	Có	1
Túi cùng Douglas	Không	0
	Ít	1
	Nhiều	2
Rãnh cận ruột	Không	0
	Có	1
Giữa các quay ruột	Có	2
Tổng số điểm		0 – 8

BÀN LUẬN

Bệnh án 1: HA max > 100 mmHg; Mạch ≤ 100 L/p; Hct $> 30\%$

Siêu âm : Dịch tự do ổ bụng lượng vừa + Echo hỗn hợp cực dưới Lách

CT : Dập vỡ Lách độ III

Bệnh án 2: HA max ≥ 100 mmHg; Mạch ≤ 100 L/p; Hct $> 30\%$

SA : dịch tự do ổ bụng lượng vừa + Echo hỗn hợp cực dưới lách

Chọc dò ổ bụng : có máu không đông

CT : dập vỡ Lách độ III

Cả 2 trường hợp đều được điều trị bảo tồn không mổ, và thành công.

Billroth (1881) là tác giả đầu tiên ghi nhận tổn thương vỡ lách có thể tự lành trong khi ông mổ tử thi bị tử vong do chấn thương. Tuy nhiên ý kiến của Billroth không được công nhận do ảnh hưởng lớn của quan điểm Kocher (1911) cho rằng nguy hiểm nhất trong vỡ lách là sự chảy máu nặng có thể tử vong, và ông cho rằng phẫu thuật cắt lách là phương pháp an toàn nhất.

Phẫu thuật cắt lách trong vỡ lách chấn thương được thực hiện đầu tiên do Riegner vào năm 1893 coi như kiểu mẫu cho điều trị vỡ lách ; sau đó Dretzka (1930) báo cáo về kỹ thuật khâu lách và phát triển thêm kỹ thuật cắt bán phần lách.

Tuy nhiên trong suốt thế chiến thứ nhất, người ta ghi nhận tỷ lệ tử vong khá cao trên 60% trong vỡ lách chấn thương và vết thương, vì lúc đó cách xử trí là chèn gạc và khâu lách. Để tránh tỷ lệ tử vong cao, người ta tiến hành cắt lách triệt để trong thế chiến II ; tỷ lệ tử vong giảm còn 24%, sau đó là 10% và ngày nay chỉ còn 1% nếu bệnh nhân đến sớm và không có choáng chấn thương nặng. Phẫu thuật cắt lách triệt để được các tác giả đồng tình vì cứu sống rất nhiều bệnh nhân hơn. Từ những tổng kết đó, phẫu thuật cắt lách xem như một phương pháp điều trị triệt để và an toàn nhất trong vỡ lách chấn thương và phổ biến cho đến ngày nay.

King và Shumaker (1952) tường trình 5 trường hợp trẻ bị nhiễm khuẩn nặng sau cắt lách. Singer (1973) hồi cứu 688 trường hợp cắt lách trong vỡ lách chấn thương, trong đó 25 trường hợp bị nhiễm khuẩn nặng nề. Green (1986) ghi nhận biến chứng nhiễm trùng do viêm phổi, viêm màng não và nhiễm trùng huyết, có tỷ lệ 5,9% trường hợp trẻ bị cắt lách. Ở người trưởng thành có tỷ lệ nhiễm khuẩn ít hơn từ 2,5% - 11% (Sekikawa – 1983).

Từ đó, vai trò miễn dịch của lách được biết rõ hơn và nhu cầu bảo tồn nhu mô lách càng ngày càng được quan tâm nhiều hơn.

Từ những năm 1990 các tác giả có khuynh hướng bảo tồn lách không mổ trong vỡ lách chấn thương. Rutledge (1995) thực hiện khảo sát 157 bệnh viện ở Bắc Carolina (Mỹ) từ năm 1988 - 1992, bảo tồn lách không mổ (BTLKM) trong vỡ lách chấn thương tăng từ 34% đến 46%.

Cơ sở lựa chọn điều trị BTLKM trong vỡ lách chấn thương là bệnh nhân phải có tính ổn định huyết động học (nói lên tính chất đã tự cầm máu của lách) và sự phân độ vỡ lách dựa trên khảo sát CT.Scanner .

Trong một hồi cứu của Smith (1992), tỷ lệ thành công của BTLKM là 93% khi lựa chọn bệnh nhân có 4 tiêu chuẩn :

- Tuổi dưới 55
- Có huyết động học ổn định.
- Vỡ lách độ III hoặc kém hơn
- Không có tổn thương nội tạng phối hợp.

Theo Powell (1997), yếu tố gây thất bại BTLKM là:

- Lượng máu nhiều trong ổ bụng.
- Độ vỡ tổn thương lách trên độ III
- Độ vỡ tổn thương lách trên độ III

Phạm Ngọc Lai (2003) BV Nhân dân Gia Định (1996 – 6/2001) có 176 chấn thương lách. 52 (30%) bảo tồn lách thành công và không có tử vong : 19,2% BTLKM, 15,4% SOB, 65,4% mổ hở khâu lách hoặc cắt bán phần lách. 124 (70%) cắt bỏ lách toàn phần.

Nguyễn Văn Long (2003) BV Chợ Rẫy (11/1999 – 7/2003) có 200 chấn thương lách. 79 cas điều trị bảo tồn : 19 cas BTLKM và 60 cas phẫu thuật khâu bảo tồn.

Nguyễn Văn Long (2005) Bệnh viện Chợ Rẫy (từ 11/1999 – 7/2005) 79 cas BTLKM – thành công 78/79 cas (98,7%) – Lách vỡ độ \leq III

Như vậy, các tác giả nhìn nhận tổn thương vỡ lách từ độ I, II và III có khả năng tự cầm máu và có khuynh hướng điều trị BTLKM. Tuy nhiên trong vỡ độ III phức tạp và độ IV cần xem xét đến phẫu thuật.

Lựa chọn điều trị bảo tồn lách không mổ dựa vào các tiêu chí sau

1. Ổn định trong sinh hiệu ($HA \geq 100$ mmHg, $M \leq 100l/p$)
2. Ổn định trong triệu chứng bụng (không có tổn thương cơ quan phối hợp)
3. Siêu âm dịch ổ bụng không có, có ít hoặc có vừa
4. CT.Scanner : Vỡ lách độ I, II và III (độ III có sự lựa chọn)

5. Dung tích hồng cầu trên 30%.

KẾT LUẬN

1. Điều trị BTLKM là quá trình cân nhắc, lựa chọn và theo dõi các yếu tố lâm sàng cùng với tổng hợp các tiêu chuẩn.
2. Tiêu chuẩn lựa chọn quan trọng là sinh hiệu ổn định, đánh giá tính ổn định của tổn thương (tính chất tự cầm máu, độ vỡ \leq III qua CT.Scanner, qua diễn tiến của dung tích hồng cầu, theo dõi lượng máu trong ổ bụng bằng siêu âm) và tính lành sẹo của tổn thương (giảm đau, sinh hoạt trở nên bình thường).
3. Theo dõi và thận trọng đánh giá khả năng chảy máu lại, và có chỉ định mổ ngay khi máu ổ bụng nhiều, truyền trên 4 đơn vị máu và dung tích hồng cầu giảm cho bất cứ độ vỡ nào.